

「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」に沿った 足立区におけるモデル実施フロー図

事業評価会議を年2回実施

入院中

入院先医療機関職員が措置入院者に対し、支援機関として保健所を紹介

保健所職員との面接を本人が了解した場合、医療機関職員が保健所に連絡

保健所職員（保健師）が入院先で措置入院者と面接。
今後の生活に関する不安・希望を聞き取り。

保健所が入院先医療機関と協議し、計画作成対象者※とすべきか検討・判断する

（※関係者がネットワークを組み支援することで、自立した地域生活を送れる可能性がある者、
または措置入院前・入院時の経緯から支援の必要性が高い者。）

（計画作成対象とした場合）

計画に基づく支援が受けられること
及び支援申込みについて、保健師が
対象者に説明

（計画作成対象としない場合）

退院後に通常の相談指導支援
を行う

（支援申込みがあった場合）

入院先医療機関担当者に意見書や支
援ニーズに関するアセスメント等の
作成・提示を依頼

（支援申込みがない場合）

引き続き申込みに向けた働きかけをし
つつ、通常の相談指導支援を行う

計画案の作成

支援会議を開催

（会議出席者：本人、入院先主治医等担当者、通院先主治医等担当者、地域援助事業所（相談
支援事業所など障がい福祉サービス事業者、介護サービス事業者等）、訪問看
護ステーション、保健センター地区担当保健師、精神保健係等）

退院後支援計画を作成

本人へ計画を説明・交付、関係者への通知

退院後、
地域生活へ

退院後、支援開始（支援サービスの導入支援）

（訪問・面接支援、通院先医療機関への同行受診、相談支援事業者等との連携、
個別ケース検討会議、計画見直しなど）

退院後5～6か月目に退院後支援会議を開催。事業の目的達成について確認。

（原則6か月後、目的達成した場合）

ガイドラインによる支援終了

（目的達成していない場合）

退院後1年以内まで期間延長（原則1回のみ）し、支援継続

地域での通常の支援継続（サービス利用、保健相談等）